FACULTAD DE MEDICINA DE MEXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE LAS POSICIONES

OCCIPITO POSTERIORES



PRUEBA ESCRITA

PRESENTADA EN EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA

DE

ALFREDO V. VILLARREAL

Ex-practicante

del "Hospital Morelos" y socio de la Filoiátrica etc.



MEXICO

IMP. LIT. Y ENCUADERNACION DE IRENEO PAZ

Segunda del Relox núm. 4.

1893

Sr. Lic

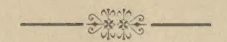
Matías L[illegible]

Facultad de Medicina de Mexico.

BREVE ESTUDIO

SOBRE LAS POSICIONES

OCCIPITO POSTERIORES



PRUEBA ESCRITA

PRESENTADA EN EL EXAMEN GENERAL DE MEDICINA, CIRUJIA Y OBSTETRICIA

DE

ALFREDO V. VILLARREAL

Ex-practicante

del "Hospital Morelos" y socio de la Filoiátrica etc.



MEXICO

Imp. Lit. y Encuadernacion de Ireneo Paz.

Segunda del Relox núm. 4.

1893

A mis adorados padres.

A mis queridos hermanos.

A LA SAGRADA MEMORIA DE MI TIO EL SEÑOR

LIC. JOSE MARIA VILLARREAL Y GARZA.

A mi hermano político Adelaido Lopez.

Cariño y gratitud.

A MIS TIOS

Marcelino Garza y Delfina V. de Garza.

Cariño, respeto é imperecedera gratitud.

AL SEÑOR GOBERNADOR DE COAHÚILA

CORONEL JOSE MARIA GARZA GALAN.

Profundo reconocimiento.

Al Sr. Lic. José María Muzquiz

Y A LOS APRECIABLES DOCTORES

Luis de la Garza Cárdenas y Ramón Dávila.

Por los beneficios recibidos

A LOS PROFESORES

Manuel Gutierrez y Fernando Zárraga.

Débil muestra de cariño.

AL PROFESOR EDUARDO LICEAGA.

Admiración al maestro
y gratitud al médico.

A LOS APRECIABLES DOCTORES

José Terrés, Dionisio y Jesús García Fuentez
y José Y. Figueroa.

A MIS MAESTROS.

ES unánimemente admitido por la generalidad de los autores europeos, que es enteramente fisiológico el parto en las presentaciones occípito-posteriores, y poco suelen preocuparse al encontrar en su práctica semejantes casos, pues tienen la convicción de que bajo la influencia de las contracciones uterinas, siendo todas las demás circunstancias normales, el desembarazamiento seguirá la regla establecida, es decir, que la cabeza del enjendro ejecutará un movimiento giratorio en virtud del cual, lo que antes era posterior, se convertirá en anterior, y en tal caso todo se reducirá á que los sufrimientos de la madre se prolonguen un poco más.

Fué Naegele, el ilustre Profesor de Heidelberg, quien primero estableció tal doctrina, la que, trasmitida de padres á hijos, ha llegado hasta nosotros sin la menor objeción.

Mas no todas las razas son iguales, y precisamente la pelvis de la mujer mexicana es, bajo muchos puntos, distinta de la de las damas europeas; ahora bien,

dependiendo el mecanisno del trabajo de la fuerza que empuja al feto por una parte, y de la resistencia que le opone el canal que debe recorrer, por otra, ¿no es natural pensar que el parto en las presentaciones de vértice dorso–posteriores sea distinto entre mexicanas y europeas como distinta es la constitución de sus respectivas pelvis?

La observación diaria lo ha venido demostrando, como ha demostrado también que entre nosotros el único parto eutócico es el que se verifica en presentación de vértice dorso–anterior. No admitimos como fisiológico el parto de las presentaciones pélvicas ni el de las presentaciones faciales, así como se cree en Europa, porque estos partos rarísimas veces se verifican por las solas fuerzas de la naturaleza sin que corran algún peligro la madre ó el hijo.

En esta categoría está también el parto en las presentaciones occípito–posteriores, pues sucede desgraciadamente que la naturaleza no ejecuta la rotación á fin de llevar el occipital bajo el arco púbico, que es la condición *sine qua non* para que el parto tenga una terminación feliz.

He allí el motivo porque me he fijado en este asunto para estas mal trazadas líneas, pues es evidente que es de la mayor importancia conocer esta separación de la ley establecida, como es claro, también, que la asistencia que en estas circunstancias se requiere, debe variar de la que se deduciría del conocimiento de la regla general sentada por los autores europeos.

Mas antes de trazar la conducta que deba seguirse en tales casos, es preciso conocer estas presentaciones mismas y el mecanismo según el cual se verifica el

parto en ellas. Permítaseme, pues, que después de haber señalado los principales datos que la clínica nos proporciona para llegar á un buen diagnóstico, pase á describir este parto tal como se verifica en las europeas y en las mexicanas, y diga en seguida la línea de conducta que reclama el desembarazamiento en estas condiciones.

Señores Jurados:

En esta prueba escrita, nada puedo presentaros que sea propio, porque para ello, además de un recto juicio y un talento observador, de que desgraciadamente carezco, necesitaría más práctica que la poquísima que puede adquirirse en un año de estudios.

Mi intención ha sido solamente cumplir con la ley, que exige un trabajo escrito á fin de poder aspirar á un título profesional.

Lo que aquí os digo, es lo que he aprendido de mis ilustrados profesores los Dres. Manuel Gutiérrez y Fernando Zárraga, y lo que he encontrado en los pocos libros que han estado á mi alcance.

A estos queridos maestros tributo públicamente un voto de gracias por haberme ayudado á terminar este pequeño trabajo, y de vosotros espero indulgencia que no dudo me la otorgareis, dada vuestra bondad y la inexperiencia de un estudiante que espera vuestro fallo.

I

Muy erróneas eran las ideas que los parteros antiguos profesaban acerca de las presentaciones occípito posteriores, pues no conociendo el modo como la naturaleza se conduce en estas cincunstancias, creían que cuando el feto se presenta con la *cara hacia arriba*, como llamaban á esta presentación, el occipucio quedaba fatalmente hacia atrás, y como tras una falsa premisa viene necesariamente una peor conclusión, no es estraño que tuvieran errada idea acerca de la frecuencia, pronóstico y tratamiento de estos casos.

Tan rara creían la presentación de vértice en la cual el dorso está atrás, á la derecha ó á la izquierda, que La Motte no llegó á observar más de seis casos en su larguísima práctica.

El pronóstico que daban de estos casos, era de estrema gravedad, y así es que Mauriçeau habla de lo muy tardado del parto, Roederer los considera muy

difíciles y contranaturales, Smellie y Solaires de Reinhac, los llaman peligrosos y Baudeloque les daba el nombre de malas posiciones, siendo del mismo parecer Mmes Lachapelle y Boivin.

Fueron precisos los trabajos de Naegele para desvanecer estos errores. El fué el primero que describió el mecanismo del desembarazo en estos casos, y con él también empezó una nueva era para la Obstetricia, porque hizo ver que tales variedades de la presentación cefálica, no son tan raras como generalmente se creía, que lo que se consideraba como occípito-sacra, no eran más que los raros casos en los que no se había verificado el movimiento de rotación interior, y que su pronóstico no era tan grave, puesto que la naturaleza ejecuta comunmente el movimiento indicado y lleva la protuberancia occipital externa debajo del arco púbico. Por fin, la conducta del tocologista debía tomar rumbo distinto, pues teniendo por norma imitar siempre á la naturaleza, era natural pensar en ayudarla á ejecutar el movimiento indicado cuando por sus propios esfuerzos no lo lograba.

La enorme frecuencia de las presentaciones occípito-anteriores establecida desde la antigüedad, y la rareza estrema de "las posteriores" no fueron ya admitidas, y la noción trasmitida desde entonces, quedó reformada en este sentido: *no son tan frecuentes como creía Baudelocque las presentaciones occípito-anteriores, ni tan raras las occípito-posteriores.*

Por esta razón Solayres de Renhac admitió, desde luego, como más frecuente la occípito-iliaca-derecha-posterior que la occípito-iliaca-derecha-anterior.

Estas ideas fueron, desde entonces, profesadas por

la generalidad de los parteros y se hicieron sus principales defensores Paul Dubois y Velpeau en Francia, y Hubert en Bélgica.

Sin embargo, ya en estos últimos años, no solamente no se admite un pronóstico tan favorable para las presentaciones de que hablamos, sino que tampoco se cree en la gran frecuencia que Naegele y Solayres les habían señalado. Sentex y Swayne creen que la occípito-iliaca-derecha-anterior, es más frecuente que la occípito-iliaca-derecha-posterior.

Esto es lo que á nosotros nos demuestra la Clínica, y en México, al menos, las presentaciones occípito-anteriores, son mucho más comunes que las posteriores, y está encontrado por estadísticas numerosas que el orden en que deben colocarse por su frecuencia, yendo de lo más á lo menos, es el siguiente:

O. I. I. A................Primera de vértice.
O. I. D. A................Segunda de vértice.
O. I. D. P. ....Tercera de vértice.
O. I. I. P......... ....Cuarta de vértice.

Mas no por esto se crea que las presentaciones de vértice dorso posteriores sean tan escasas, pues una estadística de la Maternidad de esta ciudad, da 38 posiciones posteriores en 1411 presentaciones de vértice.

II.

DICE N. Charles que cuando el tocologista es llamado para asistir á un parto, si antes no ha examinado á la paciente, es de su obligación resolver las tres cuestiones siguientes: 1. ª ¿Se trata efectivamente de un embarazo? 2. ª ¿Este ha llegado a término? y 3. ª ¿La mujer se encuentra en trabajo?

Parecería inverosímil que el partero tratase de resolver la primera cuestión, pues es claro que la mujer que tiene síntomas de parto deba estar embarazada; pero es sabido que muchas veces la imaginación hace creer á las mujeres estar embarazadas y por esta razón el médico cauto debe antes que nada, asegurarse del hecho de la preñez, so pena de caer en ridículo esperando el alumbramiento de un sér que no existe, tanto más cuanto que los tumores de la matriz, la asi-

tis, la hidrometría, etc., pueden imponerse por un embarazo.

Es mucho más importante la resolución del segundo problema, porque si en el anterior caso, la única consecuencia que se pudiera reportar es el rídiculo, no así en éste en que van de por medio la vida del engendro y peligros para la madre; pues si la gestación no ha llegado á su término podría tratarse de un aborto ó de un parto prematuro que conocido, nos llevaría á poner todos los medios para evitarlo.

Por último, demostrada la existencia del trabajo por las contracciones intermitentes y dolorosas de la matriz y por la desaparición y dilatación del cuello, el médico que quiere tener seguridad en su pronóstico, debe tener en consideración: no solo el estado general de la muger y en especial la forma de su canal pélvico, sino que tambien debe conocer con la mayor perfección la presentación y posición del feto; por que solo así podrá observar una conducta lógica y por consiguiente acertada y que pueda ser util á la paciente. De otra manera sucederá una de dos cosas, ó queda pasivo contemplando los sufrimientos de la infeliz madre que á los inconveuientes del parto se le agrega el de tener á su lado un partero inútil, ó lo que es peor todavìa, interviene á ciegas aplicando el forceps sin saber en donde, ó ejecutando cualquiera otra operación con tristes resultados para madre é hijo.

Es, pues, de obligación estricta y de conciencia ante todo, hacer el diagnóstico de la presentación y de la posición. De qué manera? Valiéndose de las poderosas armas que la Clínica pone á nuestra dispo-

sición; pero recurriendo á todas, porque si bien es cierto que la auscultación, la palpación ó el tacto vaginal, en el caso particular, nos dan suficientes luces para asegurar las más veces nuestro diagnóstico, no es menos verdadero que un solo medio es á veces insuficiente y entonces es lógico no despreciar el más ligero detalle, puesto que basta uno muchas veces para destruir por completo los castillos insólidos que con tanta frecuencia forma la imaginación del medico.

Recojámos, pues, los datos que nos suministran: el inrerrogatorio, la inspección, la percusión y la palpacion del vientre y por medio del tacto vaginal confirmemos el diagnóstico ya presunto por los otros medios.

Interrogatorio.—Si es común que los datos suministrados por este medio de exploración no sean muy concluyentes para el diagnóstico del embarazo en general, porque no se trate con una persona inteligente y cuidadosa de su salud; es natural que el querer afirmar una presentación ó posición por solo este medio sea imposible; y dejando á un lado los casos en que por un motivo cualquiera la mujer tenga razón para ocultar su embarazo, ¿no es verdad que suponiendo que la mujer nos diga que ha sentido de preferencia los movimientos de su hijo, arriba y á la izquierda por ejemplo, solo podomos sospechar que la cabeza está hacia abajo y el dorso á la derecha, dada la actitud del feto? No lo podemos asegurar porque no podemos saber si estos movimientos han sido producidos por gases intestinales, por latidos arteriales ó por contracciones abdominales. Sin embargo, po-

demos recoger ya un dato que si es confirmado por la inspección y la palpación va reforzándose más y más y no nos será inútil.

Inspeccion del vientre.—He oido decir que en la practica civil es mejor no descubrir el vientre de las mujeres en cinta, y limitarse á hacer simplemente la palpación por encima de un lienzo fino y no almidonado. Concibo que un partero bastante práctico y que tenga confianza absoluta en sus manos, desprecie este medio de exploración, pero creo que los principiantes al menos, no debemos hacerlo á un lado, tanto más cuanto que muchas veces nos vemos precisados á hacer el tacto vaginal, que causa indudablemente más rubor á la embarazada que la simple inspección de su pared abdominal.

En una mujer á término ó no, podría la forma sola de la matriz hacernos sospechar una presentación transversa y tal vez se desconocería si se descuidara la inspección.

Es cierto que las presentaciones de vértice no pueden ser distinguidas de las de cara ó pelvis con la simple inspección, pero puede suceder que en el momento del exámen se vean los movimientos del feto y si el lugar en donde se producen coincide con el punto en que la madre los ha sentido, tenemos ya dos datos que se confirman mutuamente y que cuando menos nos encarrilan en la via que debemos seguir para llegar á un buen término.

Luego: Conclusión 1.ª: *En las posiciones occipito posteriores los movimientos del feto los siente la madre y los ve el partero hacia arriba y adelante y de preferencia hacia uno de los flancos.*

Palpacion.—Por este sencillo medio sobre él cual ya desde 1843 llamaba la atención de los prácticos el ilustrado Hubert (padre) nos es posible en la mayoría de los casos reconocer no solamente la forma, dirección y situación de la matriz, sino tambien la natura leza del contenido y lo que es más, la situación absoluta y relativa del feto, quiere decir la presentación y posición.

Cabe al decano de los parteros, al ilustrado Profesor Rodríguez, el mérito de haber divulgado entre nosotros la mejor y más sencilla manera de alcanzar este fin: evacuados préviamente la vejiga y el recto, y en ayunas si es posible, dice y hace con frecuencia en sus clínicas, coloquese á la mujer en una cama que no sea ni alta ni baja ni muy mullida, cerca del borde en que se encuentre el facultativo, con la cabeza en una almohada, los miembros superiores á lo largo del tronco y los inferiores doblados á fin de que se relajen suficientemente las paredes abdominales; descubrase el vientre desde el hipogastrio hasta el epigastrio y despues de haber hecho la inspección, colóquense ambas manos en la región umbilical de manera que se situen ambos pulgares en la linea media, deslicense suave y lentamente á lo largo del vientre dándose cuenta de todas las particularidades que á su paso se encuentren, deténgase en los límites del tumor, de manera de circunscribirlo con los bordes cubitales de cada mano en las regiones polares de éste y colóquese uno de los índices en el límite superior á fin de rectificar con la percusión la longitud de éste. En seguida se colocarán ambas manos en el mesogastrio, de manera que las estremidads de los dedos

miren hacia la parte alta del cuerpo y se deslizarán suavemente hacia los flancos, para conocer la latitud del tumor. Vuélvanse á colocar las manos, pero esta vez en el flanco lejano, es decir, el derecho si el observador está á la izquierda, y viceversa si está á la derecha, y deslícense suavemente hacia el flanco opuesto, pero combinando el movimiento de deslizamiento con la presión, sucusión y traqueo palmares para poder conocer la naturaleza del tumor, su consistencia, la forma de su contenido y en caso de que sea mixto, darse cuenta de la proporción del líquido y del sólido; del tamaño, forma y situación de éste, así como también de los movímientos del feto.

Por último para conocer el lugar en donde se encuentran las extremidades cefálica y pélvica, recomienda el Profesor Rodríguez que se formen con ambas manos dos compaces de espesor, que se crucen como lo hacen los pianistas y que con ellas se cojan las extremidades indicadas.

De esta manera observamos lo siguiente en el caso de posición occípito posterior: el diámetro longitudinal del feto es más largo que el transversal, la resistencia dorsal está hacia uno de los lados y hacia atrás, el plano esternal hacia adelante y mirando al lado opuesto, la cabeza que está hacia abajo y casi siempre encajada, presenta un tumor mucho más grande que en las posiciones anteriores, por presentarse á nuestra mano la región frontal que es mas abultada que la occipital que tocamos cuando ésta mira adelante.

AUSCULTACION.—Hemos dicho que en las pre-

sentaciones de vértice dorso posteriores, el plano dorsal del niño mira hácia atrás y hácia uno ú otro de los lados; por otra parte sabemos que los sonidos ó ruidos se propagan mucho mejor por los sólidos que por los líquidos ó gases; luego deben de oirse mucho mejor los ruidos cardiacos por la región dorsal del feto, tanto más cuanto que en este período de su vida su pulmón es macizo y nada de aire contiene que impida ó trasmita menos bien las vibraciones sonoras; y si á esto agregamos que la capa de líquido amniótico que separa el dorso de la pared uterina es mucho más delgada que la que separa el plano esternal de la misma pared, podremos asegurar que es en el dorso fetal en donde debemos colocar nuestro estetoscopio. Pero como éste mira hácia atrás no podremos auscultarlo en las posiciones de que hablamos y tendremos que buscar otro punto que reuna las condiciones de éste para trasmitir claramente los choques del corazón. Este punto es el flanco del feto y según que esté más cerca del lado derecho ó izquierdo de la madre, se escucharán mejor los ruidos cardiacos en uno ú otro lado. De donde la necesidad de colocar á la madre en el decúbito lateral para poder oir con toda perfección.

No obstante lo asentado en las anteriores líneas, acontece frecuentemente en la clínica que se diagnostica una posición dorso anterior, porque es hacia adelante en donde se oyen con toda claridad los ruidos del corazón, y aplicado el forceps se extrae un niño en posición dorso–posterior.

De aquí la urgente necesidad, repito, de valorizar todos los datos que la exploración nos dé, de no des-

preciar ninguno, á fin de poder formar un exacto diagnóstico. Más adelante veremos cuáles son los medios de que hoy podemos disponer para evitar el referido error.

Por mucho tiempo ha sido admitido que en las presentaciones de vértice, los ruidos del corazón del feto se trasmiten más hacia arriba que hacia abajo, y se daba como razón que la distancia que separa el polo pélvico de la región cardiaca es mucho mayor que la que media entre la misma región y el polo cefálico. Mas las exactas observaciones anatómicas de Ribèmont Dessaines han venido á demostrar que tal aserción es un error, y que el corazón del feto es enteramente equidistante de sus dos polos. El erudito Profesor Gutierrez, ha venido llamando la atención de sus discípulos desde hace tiempo, sobre este asunto; y nos enseña que si es cierto que en la mayoría de las presentaciones de vértice, los ruidos del corazón fetal se trasmiten más hacia arriba que abajo, esto es debido simplemente á que la cabeza está ya encajada y el campo de auscultación es más estrecho, más no la distancia que hay entre el corazón y la cabeza del engendro. Y tan cierto es esto, que cuando la cabeza no ha entrado en la pelvis la trasmisión se hace en una extensión igual hacia abajo que hacia arriba y que cuando crece el extremo cefálico, por hidro-cefalía por ejemplo, crece también la área en donde se trasmiten los ruidos del corazón; hacia abajo en las presentaciones de vértice y viceversa en las pélvicas. Otro tanto sucede cuando el extremo pélvico aumenta de volúmen por una causa cualquiera.

De lo dicho podemos deducir lo siguiente:

Conclusión ii.—*En las posiciones occípito-posteriores la palpación demuestra que la resistencia dorsal del feto está hacia atrás y hacia uno ú otro de los lados de la madre, qae las extremidades están del lado opuesto, que la cabeza está hacia abajo y la extremidad pélvica arriba, y la auscultación prueba que el máximo de los latidos fetales está en uno ú otro de los flancos maternos propagándose igualmente abajo que arriba, si la cabeza no se ha encajado; más hacia arriba si esto último se verificó.*

Tacto vaginal.—Este medio es para nosotros de la mayor utilidad durante el parto. Efectivamente: él nos enseña no solamente las modificaciones del canal, el mayor ó menor grado de la dilatación del orificio, la presencia ó ausencia de la bolsa de las aguas, el encajamiento, descenso y rotación de la parte que se presenta; sino que en la gran mayoría de los casos basta él sólo para poder diagnosticar la presentación y posición del feto.

Según esto, al encontrarnos en presencia de una parturienta, nos limitaremos solamente á practicar el tacto vaginal? Evidentemente que no: he dicho que en la gran mayoría de los casos bastaba por sí sólo para poder diagnosticar la presentación y posición; pero no siempre se encuentran las cosas tan sencillas y acontece con frecuencia que el médico es llamado á última hora, precisamente en las peores circunstancias para poder formarse un juicio exacto del diagnóstico: hase roto ya la bolsa de las aguas, las contracciones son contínuas y la jiba edémato sanguínea ha tomado un enorme desarrollo. Si en estas circunstancias practicamos el tacto, demostraremos si se

quiere la dilatación completa del orificio, encontraremos la jiba sanguínea, y si tenemos bastante práctica podremos tal vez alcanzar la sutura; pero todos los detalles habrán desaparecido. Por esta razón es de absoluta necesidad que en la práctica empleemos constante y metódicamente todos los medios de exploración de que podemos disponer; porque así no sólo adquiriremos el ejercicio suficiente para poder luchar en presencia de los casos difíciles, sino que también llegaremos las más veces á adquirir noción tan exacta de las relaciones que el engendro guarda con la pelvis y la matriz, que casi pudiéramos decir que le vemos á través del vientre. Sabido es que los datos que la clínica proporciona, rarísimas veces tienen algún valor considerados aisladamente, pero combinándolos y comprobando unos con otros podremos ciertamente alcanzar la verdad, ó al ménos tener la certeza que puede desearse en asuntos médicos. Solo procediendo así podremos racionalmente velar por la vida de madre é hijo; es decir, cumplir con nuestra obligación, dejar satisfecha nuestra conciencia y quedar á salvo de los reproches que justamente pudieran hacérsenos; pues aquí las cosas se encadenan de una manera tan fatal, que tras un mal diagnóstico viene seguramente una peor intervención, y no son raros los casos en que una ligereza del partero ha llenado de luto á una familia, que momentos ántes era dichosa, esperando con ansia al nuevo ser.

Pongamos primero el caso más fácil: el orificio se ha dilatado lo suficiente para admitir uno ó dos dedos, la bolsa de las aguas está intacta, las contrac-

ciones son intermitentes y la cabeza ya descendió. Si hacemos el tacto en el intervalo de las contracciones, y así debemos proceder siempre para cuidar la bolsa, sentiremos claramente en las presentaciones de vértice, la presencia de un tumor duro, de consistencia huesosa en casi toda su extensión excepto en muy limitados lugares en que es blando; su superficie es convexa y lisa y ocupa casi toda la excavación; es la cabeza. Sabemos pues, que la presentación es de vértice. Para saber las relaciones de la cabeza con el estrecho, y para conocer por consiguiente la situación relativa del engendro, no tenemos más que buscar la sutura sagital y la situación de las fontanelas. En las posiciones occípito posteriores, de la misma manera que en las anteriores, la sutura ocupa uno ú otro de los diámetros oblícuos, y para saber si es anterior ó posterior la posición, debemos buscar hacia donde se encuentra la frente y como ésta estará en el mismo lugar en que se encuentre la fontanela anterior, en la tercera de vértice estará hacia adelante y á la izquierda y la sutura ocupará el diámetro oblícuo izquierdo y en la cuarta estará hacia adelante y á la derecha ocupando la sutura el diámetro oblícuo derecho. Pero es común que en las posiciones occípito-posteriores no se alcance con facilidad la fontanela anterior por haber muy pequeño espacio entre ella y la pared pélvica anterior. Por esta razón debemos buscar en estas posiciones el lugar donde se encuentra el occipital que estará indudablemente cerca de la fontanela posterior. Así en una tercera de vértice, por ejemplo, la fontanela posterior estará hacia atrás y á la derecha y en una posición occípito posterior izquier-

da la pequeña fontanela mirará hacia atrás y á la izquierda.

La fontanela anterior se reconoce por los siguientes caracteres: es un espacio cuadrangular, blando, depresible, circunscrito por bordes huesos arredondados, de cuyos ángulos parten cuatro suturas. La pequeña fontanela ó fontanela posterior es una superficie más pequeña, triangular, apénas depresible, de bordes huesosos puntiagudos y firmes que forman ángulos obtusos de donde parten sólo tres suturas. Así, pues, si recorriendo con el dedo la sutura sagital nos encontramos un espacio depresible continuado por otra sutura en la misma dirección que la primera, habremos tropezado con la gran fontanela; si por el contrario, al recorrer la sutura inter-parietal nos encontramos con un pequeño espacio que no se continúa con otra sutura que fuese prolongación de la sagital, habrémonos encontrado con la pequeña fontanela.

En resúmen, en las posiciones occípito posteriores la sutura sagital ocupa uno de los diámetros oblícuos de la pelvis: si la pequeña fontanela está atrás y á la derecha la posición será la tercera de nuestra nomenclatura, y si está atrás y á la izquierda se tratará de una cuarta de vértice.

Mas no en todos los casos puede sentirse claramente la fontanela posterior por ser muy pequeña y porque basta muchas veces la simple reducción de los diámetros de la cabeza para que desaparezca por completo. En efecto, para que esta reducción se obtenga, es precisa la superposición de los bordes superiores de ambos parietales y el encaje del occipital

debajo de ellos. Como es posible también que nuestro dedo no alcance la fontanela anterior, ó si llega á lograrlo, sea comprimido de tal manera entre la cabeza y la pared de la excavación que llegue á embotarse la sensibilidad, entónces no puede suministrarnos noción alguna.

En este caso sabemos que la cabeza se presenta; más no podemos saber á donde está el dorso del niño, por no encontrar el occipital.

¿Qué hacer en lances tan apurados?

Hace mucho tiempo que el Profesor Gutiérrez aconseja á sus alumnos la siguiente regla clínica que es, en muchísimos casos, de la mayor utilidad. Cuando habiendo hecho el diagnóstico de una posición occípito-anterior, observamos que el parto tarda mucho en verificarse y que el orificio se dilata con una lentitud estrema *sin que haya algo que nos explique esta tardanza*, debemos sospechar por sólo esto que se trata de una posición occípito–posterior; y si en tal caso pretendemos hacer la extracción por medio del forceps, esperimentaremos grande resistencia para extraer el producto, y si siguiendo con la idea de que el dorso del feto ve hacia adetante, queremos ejecutar el movimiento de extensión de la cabeza llevando los mangos hacia la pared abdominal de la madre, notaremos el curioso fenómeno de que las cucharas resbalan, quedando la cabeza cojida por solo el seno de ellas.

El Sr. Profesor Capetillo aconseja, para resolver el problema, que se coja el cabello del niño y se vea cual es su dirección; si es hacia atrás, el dorso estará también atrás y si pasa lo contrario, el plano dorsal verá hacia adelante. Mas como no siempre puede apreciar-

se con seguridad el mencionado signo, el mismo Profesor Capetillo aconseja la siguiente maniobra: introdúzcase la mano entre la pelvis y uno de los parietales, alcáncese la oreja y dóblesela de manera de poder deducir así la dirección del pabellón, y por consiguiente, la situación del occipital. He ahí un medio segurísimo que podría sacarnos del apuro si siempre fuese practicable, mas aparte de los agudos dolores que pudiéramos causarle con él á la mujer, es frecuente que la compresión que los dedos sufren sea bastante para impedirnos alcanzar la noción de la dirección del pabellón.

Sin necesidad de recurrir á estas maniobras, podemos llegar á un exacto diganóstico combinando sencillamente los datos que la exploración nos ha suministrado:

En una de las espléndidas clases orales que dió el ilustrado Profesor Zárraga el año próximo pasado, nos habló de las grandes dificultades que ofrece el diagnóstico en tales circunstancias y nos aconsejó para vencerlas el siguiente medio que á la vez que es sencillo, nunca falta, y no requiere gran práctica para poderlo apreciar:

Supongamos una 1.ª de vértice; el dorso del niño está hacia adelante y á la izquierda, y allí es en donde se oye el máximo de los latidos cardiacos, el occipital está en relación con la eminencia ileo-pectinea-izquierda, luego la sutura sagital estará en relación con el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis. En la 2.ª posición el dorso mirará adelante y á la derecha; allí se encontrará el máximo de los latidos; el occipital estará en relación con la eminencia ileo-pectinea-derecha y la sutura ocupará el diámetro oblicuo derecho. *Lue-*

go en las posiciones occípito–anteriores la sutura sagital ocupa el mismo diámetro que el lado en donde se encuentra el máximo de los latidos del corazón.

Supongamos ahora una 3.ª de vértice; supongamos también que se ha roto la bolsa de las aguas, la matriz retraída se aplicará á toda la superficie fetal; mas encontrándose en estas circunstancias el flanco izquierdo del niño en estrecha relación con la pared abdominal, será allí en donde mejor se perciban los latidos, es decir, adelante y á la derecha; si practicamos entonces el tacto vaginal encontraremos la sutura sagital ocupando el diámetro oblicuo izquierdo de la escavación.

En la 4.ª de vértice, el máximo estará á la izquierda y ocupará el diámetro oblicuo derecho la sutura. *Luego en las posiciones occipito–posteriores la sutura sagital ocupa el diámetro de nombre contrario á el de el lado en donde se percibe el máximo de los ruídos.*

De esto podemos inferir la siguiente CONCLUSION III: *En las posiciones occípito–posteriores, el tacto vaginal nos hace diagnosticar la presentación y posición, enseñándonos que en la escavación ó en el estrecho superior, existe un tumor liso, de superficie convexa, de consistencia huesosa y recorrido en su parte más culminante por una línea que termina hácia adelante por un espacio cuadrangular, blando y depresible y hacia atrás por otro más pequeño que el anterior, y en relación con una de las simfisis sacro–iliacas.*

Esta línea, que no es otra cosa que la sutura sagital, ocupa en estas posiciones el diámetro de nombre contrario al nombre del lado en donde con mayor claridad se escuchan los latidos cardiacos.

III

PASEMOS ahora á estudiar el mecanismo según el cual se verifica el parto en el caso que estudiamos, y siguiendo el método de Hubert, supongamos que se trate de una "tercera" de nuestra nomenclatura; en esta posición el dorso y el occipucio están dirigidos hacia atrás y á la derecha; la cabeza medianamente doblada presenta su diámetro sub-occípito-frontal en la dirección del oblícuo izquierdo del estrecho superior, y el bi-parietal en la del oblícuo derecho. Bajo la influencia de las contracciones uterinas el móvile es solicitado á descender, mas trasmitiéndose esta fuerza directamente por la columna vertebral y aplicándose en los cóndilos el occipital, es natural que esta región descienda antes que la otra extremidad de la palanca constituida por la frente, y la cabeza

ejecutará así un movimiento de rotación en torno de su diámetro bi-parietal, sustituyendo de este modo el diámetro sub-occípito-bregmático al sub-occípito frontal, y siendo aquel mucho más corto que éste, cabrá más fácilmente en el oblícuo de la pelvis. Luego: *primer tiempo, flexiónde la cabeza.*

Vienen, en seguida, nuevas contracciones de la matriz, las cuales hacen descender al feto, y este descenso tiene que verificarse según la dirección del eje uterino, porque experimentando resistencia adelante, atrás y á los lados, no puede desviarse de la dirección de la fuerza hasta el encuentro de la pared postero-inferior de la pelvis. *De ahí el segundo tiempo del parto ó primer movimiento de descenso.*

Al llegar á este punto, el feto, para salir de la escavación, tiene dos caminos: ó bien recorre con su occipital toda la pared sacro-perineal, ó ejecuta un movimiento de rotación en torno de su eje vertical para colocar el occipital debajo del arco púbico y salir así en occípito-anterior; es así que no puede recorrer la curva sacro-perineal, por impedírselo la poca longitud de la región posterior del cuello, luego ejecutará el movimiento de rotación.

Efectivamente: para recorrer la curva dicha, hay necesidad de que la parte alta del tronco penetre en la escavación que no ha abandonado todavía la cabeza, es decir, que penetre el diámetro fronto-dorsal, que es el mayor de la región; ahora bien, para que este diámetro penetre en el ántero-posterior del estrecho, es preciso que venza mayor resistencia que la que tendría que vencer si penetrara en el diámetrc transverso, que es el mayor; luego por ahí se le facilitará el camino y pasará del diámetro oblícuo izquierdo, al trans-

verso. Mas como á medida que se desciende, el último diámetro disminuye de extensión, de allí la necesidad de que busque más ámplio lugar para poder caber, y se colocará en el oblícuo derecho, no volviendo al izquierdo, que en este lugar de la escavación tiene igual longitud que el derecho, porque el promontorio se lo impide. Por último, la cabeza rodará hacia adelante, porque el ántero-posterior del estrecho inferior le presta más amplitud.

De esta manera se verifica el tercer tiempo ó de rotación interior.

Incesantemente empujada por las contracciones uterinas, la cabeza, que ya ha ejecutado su movimiento rotatorio, experimenta una viva resistencia por parte de la pared postero inferior de la pelvis, y como ésta está inclinada de arriba hacia abajo y de atrás hacia adelante, deslizará el vértice hasta encontrarse la nuca con la pared púbica, y ejecutará entonces el *cuarto tiempo del parto, es decir, un movimiento de extensión en torno de su eje transversal, porque sólo hacia adelante no encuentra resistencia.*

Los hombros que vienen en pos de la cabeza, tienen que recorrer el mismo camino que ella, es decir, que colocados en un principio, cuando la cabeza ejecuta su movimiento de extensión, en el diámetro oblícuo derecho, tienen que colocarse después en el antero posterior del estrecho inferior, correspondiendo el hombro anterior al arco de la simfisis. De ahí que la cabeza ejecute un movimiento alrededor de su eje vertical, de manera que mire á la cara interna del muslo izquierdo de la madre. *Este es el quinto tiempo del parto ó movimiento de restitución de los anti uos.*

Por último, en un *sexto tiempo*, el tronco entero sale describiendo una curva de concavidad anterior, porque por una parte las resistencias que hacia atrás encuentra la extremidad toráxica, la dirigen hacia adelante, y por otra, la extremidad pélvica queda abrazada por la matriz que la empuja abajo y atrás.

He allí la regla general del mecanismo del parto en las posiciones occípito-posteriores; así lo describen la mayor parte de los autores europeos y Naegele, por ejemplo, sólo ha visto 20 excepciones en 1,217 casos observados. De todo esto podemos deducir la siguiente:

CONCLUSION IV.—*En Europa, el parto en las posiciones occípito-posteriores es eutócico, porque el feto ejecuta un movimiento de rotación, de manera que sale del canal con el occipital hacia adelante.*

Démos ahora una rápida ojeada al mismo parto en la mujer mexicana.

El señor profesor Gutiérrez en su trabajo presentado á la sección de obstetricia del Primer Congreso Médico Mexicano, llama ante todo la atención sobre lo retardado que es el desembarazo en estas circunstancias. "El orificio uterino, después de un largo tiempo, se entreabre apenas unos cuantos centímetros; permanece estacionario durante algun tiempo en esta dilatación y el empuje incesante de la matriz solo tiene por resultado producir la ruptura de la bolsa; las aguas se escurren y al retraerse el órgano contráctil lo hace también el orificio cervical porque su dilatación ha sido tan pequeña, que no ha permitido á la cabeza llegar al coronamiento superior.

"Viene un período durante el cual la madre goza de

un momento de reposo para sufrir en seguida contracciones más dolorosas; porque el efecto de estas es aplicar la cabeza directamente contra el cuello. Durante estas contracciones no solamente no avanza el trabajo, sino que es común que se perturbe del todo por la participación cerebral que producen los agudísimos dolores."

"Tras largos y crueles sufrimientos llega por fin la cabeza á su coronamiento superior y se la ve avanzar con una lentitud desesperante hasta que viene un momento en que se detiene por completo sin haber alcanzado el piso perineal y permanece allí estacionaria sin que se mueva á los lados ni hacia abajo. Si entonces no se interviene, dice el referido profesor, Gutierrez, la inercia uterina, la muerte probabable del próducto, el agotamiento de la mujer y todos los accidentes debidos al encarcelamiento de la cabeza en la excavación pélvica imprimen un sello especial á este parto eminentemente difícil y peligroso."

La lentitud de él depende de dos cosas: 1º de que el orificio tarda mucho en dilatarse y 2º de que la rotación interior no se verifica.

Recuerdo que el Dr. Carvajal señalaba al Primer Congreso Médico Mexicano, como causa de la lentitud en la dilatación del cuello, el que en las posiciones ocipito posteriores no se identifica el eje fetal con el eje pélvico lo cual segun el aforismo de Van Swieten: *ut utero, et pelvi et infante una et eadem sint axis* es de absoluta necesidad. Dice el Sr. Carvajal que en las occipito posteriores el eje del engendro queda siempre hacia atrás del diametro transverso del estrecho superior y atrás tambien del eje central aún cuando la ca-

beza se haya doblado fuertemente. Luego en estas circunstancias el punto de aplicación de la fuerza contráctil no se hará directamente en el centro del cervicis sino atrás de él y la dilatación se efectuará con suma lentitud. Por otra parte, la bolsa de las aguas se rompe antes que la dilatación permita al cuello adaptarse á la cabeza fetal, de donde la retracción consecutiva que viene á poner nuevo obstáculo á su dilatación.

¿Porqué no gira la cabeza en la excavación? Mac-Donald (archivos de tocología, 1875, página 23 y 102) citado por Vallois, piensa que en las posiciones occipito posteriores la rotación del occipucio hacia adelante se verifica salomente con una cabeza de mediano tamaño colocada en una pélvis ancha y deja de efectuarse siempre que la cabeza no guarde proporción con la cavidad, ó que esta sea defectuosa en su conformación. Trasmitiendose la fuerza de las contracciones uterinas principalmente por la columna vertebral hacia la región occipital del feto y estando esta región encima del plano horizontal que pasa por la espina sciática, la cabeza al girar tendrá que pasar por encima de ella y se dirijirá hacia el lugar en donde encuentre menos resistencia, es decir, hacia adelante. Ahora bien, supongamos que la cabeza sea muy voluminosa, la frente se apoyará fuertemente hacia adelánte y el bregma descenderá más y más, porque es la región que sufre menor resistencia y la rotación se hará imposlble. Pues bien, si esto es verdad ¿no podriamos tener en ello una explicación de la poca tendencia que tienen á girar hacia adelante las cabezas de los niños de las mujeres mexicanas en posiciones

posteriores? el diámetro oblicuo de le escavación en la pélvis mexicana mide 108 milímetros de extensión en la parte baja y 94 milímetros mide el mismo diametro en el estrecho inferior, según el término médio obtenido por el Dr. José de Jesús Sanchez Gomez; ahora bien, 120 y 110 milímetros respectivamente miden los diámetros oblicuos en la escavación y en el estrecho inferior de la europea; luego hay una diferencia de 12 milímetros para el 1 ° y de 16 para el 2 ° en favor de la pélvis europea. Los diametros occipito-frontal y occipito-bregmático, miden 115 milímetros el primero y 89 el segundo en los niños mexicanos y los mismos diametros son de 115 y de 100 milímetros en el feto europeo lo que indica una diferencia de 11 milímetros para el diámetro occipito-bregmático en favor de los europeos, siendo el occipito-frontal de igual extensión en ambos. De alli se sigue que siendo de igual tamaño, al menos en sus diámetros largos, la cabeza de los fetos mexicanos y europeos y notablemente más estrecha la pelvis mexicana, se encuentra en condiciones de una pelvis angosta, en la cual según Mac Donald, no puede verificarse la rotación hacia adelante en las posiciones, occipito-posteriores.

El profesor Tarnier (Anales de Ginecología, 1875 página 435) citado por el misma Vallois, dice que en las presentaciones de vértice dorso posteriores, la cabeza no gira, porque generalmente no se dobla más que incompletamente para entrar en la escavación y como en este caso penetra en ella el diametro sub-occipito-frontal mayor que el sub-occipito-bregmá-

tico que entraría en el caso de que la flección fuese completa, esperimentará grandísima resistencia para girar en torno de su diametro vertical.

De todo lo dicho podemos deducir ya la siguiente

CONCLUSION 5.ª—*Eu México, el parto en las posiciones dorso-posteriores es distósico por que el feto no ejecuta el movimiento de rotación interior que necesita para salir del canal.*

IV

CUALESQUIERA que sea la explicación que de este hecho se dé, el caso existe, y lo que en la mujer europea es la regla, es la excepción en la mexicana; lo cual debemos conocer porque el pronóstico de este parto es enteramente distinto del que de común acuerdo se dá por los tocologistas europeos. La matriz se contrae en balde durante muchísimo tiempo, la mujer se agota, y el niño sufre las consecuencias de su larga permanencia en la escavación. Es preciso, pues, intervenir, y esta intervención debe hacerse desde el momento en que se diagnostique la posición, pues de lo contrario la cabeza se enclava más y más, y lo que al principio se hubiera logrado con uno ó dos dedos introducidos en la vagina, tal vez no se obtenga después con la aplicación instrumental, medio más peligroso y que necesita cierta habilidad para poder ser manejado convenientemente.

V

ADQUIRIDA, pues, la convicción de que la rotación no se verifica expontáneamente, y sabiendo además, lo peligroso que es encomendar este parto á las fuerzas de la naturaleza, es racional pensar que la más acertada intervención consistirá en procurar esta rotación, tanto más cuanto que ella no entraña ningún peligro ni para el feto, ni para la madre, como lo prueban las experiencias de Tarnier y las de Mme. Henry. Más sucede con frecuencia, que la cabeza está de tal manera enclavada, que toda maniobra de rotación fracasa, y en este caso, pero solamente entónces podrá recurrirse á la extracción directa, maniobra que si es verdad, es bastante peligrosa, en cambio procura un mal menor, que el que resultaría de no intervenir.

Ya hemos dicho que los parteros de la antigüedad creían que la única terminación del parto en estas

condiciones, era la occípito-sacra y por esto es qué Mauriçeau, quien además creía que la dificultad provenía principalmente de la falta de flexión, introducía una mano que llevaba detrás de la cabeza y hácia la extracción directa. Si saliendo sola la cabeza en posición occípito-sacra, ó extraída por medio del forceps, causa tantos destrozos en las partes blandas, ¿qué sucederá cuando á la longitud de los diámetros desfavorables se agrega todo el espesor de la palma de la mano?

Otros parteros aconsejaron después la extracción podálica, sobre todo en los casos en que la posición se complicaba de oblicuidad de la matriz; pero De La Motte decía que al principio del trabajo, cuando la versión era posible, era el diagnóstico incierto, y más tarde, cuando se podía formar juicio de la posición, es decir, después de la rotura de la bolsa, ya el tiempo de hacer la versión había pasado. Portal y Leroux recurrieron á maniobras externas: colocaban una mano en el hipogastrio y cuando la contracción venía' empujaban gradualmente la cara hácia atrás, de manera que se alejase de la pared anterior de la pelvis. Levret, en este tiempo, recurría al forceps de preferencia á la versión, Smellie y Baudelocque, á pesar de creer que la terminación normal de estos partos es la occípito-sacra, procuraron por medio de maniobras internas, convertir la posición posterior en anterior. El primero para lograrlo, empleó el forceps, miéntras que el segundo recurrió á la mano. Mme. Lachapelle imitó á Baudelocque.

Vemos pues que unos eran partidarios de la extracción directa mientras que otros procuraban la rota-

ción. Esta división de los parteros ha llegado hasta nosotros: veamos quienes tienen la razón.

La regla que debe tener siempre el partero para prestar racionales auxilios, no solaménte en los partos distósicos, sino tambien en los eutósicos, es imitar los procedimientos que la naturaleza emplea para terminar el parto de una manera feliz; ahora bien, la mejor terminación del parto en las occipito posteriores es aquella en la cual el occipucio se coloca debajo del arco púbico, á fin de que el feto nasca con su dorso hacia adelante; luego, para que madre é hijo corran el menor peligro y para procurarles un verdadero bien, lo mejor que puede hacerse es favorecer ó procurar la rotación.

Mas si se quiere hacer la extracción directa; ¿qué sucederá? que el occipital tiene que recorrer toda la curva sacro-perineal, que solo del promontorio al vértice del coxis mide 138 milímetros y como la nuca es mucho más corta, para que el occipital recorra esta larga distancia y se ponga en relación con la comisura posterior de la vulva, es preciso que parte del tronco penetre también en la escavación, es decir, que el diametro dorso frontal se conjugue con el ántero posterior de la escavación, que no es el más largo y de consiguiente se conjugará un diametro largo del feto, con un diametro corto de la escavación. Por otra parte, al verificarse el movimiento de extensión, tienen que salir por la vulva los diametros sub-occipito-bregmático, sub-occipito-frontal y sub-occipito-mentoniano los que, como sabemos miden cada uno 89, 115 y 131 milímetros; luego al hacer la extracción directa

del feto se ponen en relación lcs diametros largos de la cabeza con los cortos de la pelvis.

Si por el contrario procuramos la rotación, el diametro sub--occipito--bregmático que es corto será colocado primero en el transverso, después en el oblicuo y por último completamente abajo, se conjura con el ántero--posterior; es decir se conjugará con los diametros más largos de la pelvis. Luego al hacer esta maniobra, procuraremos un parto no solo más natural, sino mucho más fácil y de ningún perjuicio para madre é hijo.

Todavía más: interroguemos á la clínica, si las razones teoricas no nos convencen, y ella nos contestará poniendonos á la vista, no solo las dificultades de la extracción directa, sino tambien los destrozos enormes que ésta operación produce.

Hay victorias que parecen derrotas, dice el profesor Gutierrez, (loc. cit.) y el triunfo obtenido por el partero que no ejecuta la rotación de la cabeza para extraer un niño del seno de la madre, en posición occipito posterior es un triste ejemplo de esta verdad: en primer lugar son tales los esfuerzos que el partero tiene que hacer, que el dolor agudísimo que experimentan los dedos brazos y antebrazos del operador y que persisten después de algún tiempo, bastará para hacerle comprender el lamentable estado en que quedaría el canal en donde tubo que desarrollar tal potencia y el machacamiento horrible que produciría en la cabeza del niño. Y efectivamente: ¡cuantas roturas del perineo, cuántas caidas de la matriz, cuántas decgarraduras del cuello y cuántas fístulas vesico vaginales se hubieran evitado

si el partero hubiese procurado la rotación de la cabeza en lugar de ejecutar la extracción direccta."

Recuerdo á este propósito, que en la memoria presentada por el mencionado profesor Gutierrez al Primer Congreso Médico Mexicano, refirió una série de casos que confirman de una manera evidente lo que acabo de asentar: hay allí casos de desgarraduras del cuello y de la vagina, de fistulas vesico--vaginales, producidas por la presión que las cucharas ejercen en el fondo del saco vaginal anterior, de roturas perineales y de caidas de la matriz.

Más los partidarios de la extracción directa, dicen que esos graves incovenientes pueden remediarse por medio de la Cirujía, la que nos proporciona medios eficacísimos para curarlos pronta y seguramente lo cual no puede hacerse con la desarticulación atloido--axoidea que casi siempre resulta de la torsión del cuello del feto al ejecutar la rotación de la cabeza, puesto que los hombros permanecen fijos.

Prius est esse quam taliter esse; pero suponiendo que estuviera plenamente demostrado que los hombros permanecen fijos en tales circunstancias: ¿Acaso no contamos con las maniobras externas que pueden servirnos para hacer seguir al tronco el movimiento rotatorio impreso á la cabeza? Por otra parte, las experiencias de Tarnier practicadas en 1864 y 1872 y confirmadas en 1890 por Mme. Henry, prueban hasta la evidencia que impunemente se puede torcer el cuello en la extensión de un semicírculo sin que resulte perjuicio alguno; porque este movimiento se produce en las vértebras cervicales y primeras dorsales y la

autopsia demuestra que la médula permanece enteramente intacta.

Más aún la siguiente esperiencia de Tarnier, disipará toda duda: este partero insigne, remplazó la medula de un feto por una columna líquida, y puso en comunicación con ella un tubo en el cual podía verse perfectamente el ascenso ó descenso del líquido que resultaban del aumento ó diminución de presión producidos por los diversos movimientos dados á la cabeza fetal. Pues bien, ningun reflujo observó en los diversos movimientos de rotación, mientras que sí los hubo en los movimientos de flexión forzada. Luego la medula fetal se encuentra comprimida en el movimiento de flexión forzada requerido para que la cabeza salga en posición directa, y no lo es en el movimiento de rotación impreso á ésta.

Deduciremos pues la siguiente:

CONCLUSION VI. *En todo parto en que el feto esté colocado en posición occipito-posterior, debe intentarse la rotación de la cabeza, de manera que el occipital se coloque debajo del arco púbico.*

¿De qué manera debemos ejecutar esta operación?

Los procedimientos que los diversos autores han aconsejado son de tal manera variados y multiplicados, que me sería difícil señalarlos todos. Asi es que para terminar mi incorrecto trabajo, indicaré á continuación los principales de ellos, y diré el que á mi humilde juicio me parezca preferible.

Hay que hacer una primera división entre las maniobras manuales y las instrumentales.

Las primeras las dividiremos á su vez en externas, internas y mixtas.

Ya hemos hablado de la maniobra de Portal y Leroux de la que fué partidario Guillemot en 1837.

Se ha procurado tambien ejecutar la rotación cogiendo la cabeza con ambas manos colocadas en la pared abdominal y comprimiendo lenta y gradualmente.

Mattey, para quien la rotación de la cabeza depende de la de los hombros, hace colocar á la mujer en el decúbito lateral; el izquierdo, si es una tercera y el derecho si se trata de una cuarta de vértice, y en el momento de la contracción, por maniobras externas hace rodar el tronco gradualmente hasta que el dorso mire hacia adelante.

Tarnier dice haber fracasado siempre que ha intentado este procedimiento.

Nosotros debemos decir que siempre debe de ejecutarse la rotación del feto por las maniobras externas cuando la cabeza no se ha encajado aún, es decir, en los últimos meses del embarazo; pero en el momento del parto, cuando la cabeza se encajó ya y que la bolsa de las aguas se ha roto, es preferible obrar por maniobras internas combinadas con las externas, pues es casi seguro que empleadas solas las últimas, el fracaso será indudable.

No todos los parteros están de acuerdo en el pensamiento que debe guiarles en las maniobras internas; unos procuran simplemente la flexión, otros combinan la flexión con la rotación, quienes hacen la rotación directa, quienes han practicado la versión.

Baudelocque, Velpeau y Clark, al principio del siglo, procuraron la rotación introduciendo uno ó dos dedos entre la simfisis y la cabeza, y haciendo sobre

uno de sus lados una fuerte presión en el momento de las contracciones á fin de voltear la cara hacia atrás.

Merriman acusa á este procedimiento de permitir el prolapsus del cordón por el espacio creado por la introducción de los dedos. Refiere un caso de muerte del feto por esta causa.

John Burns, con el objeto de apoyar directamente sobre el parietal ó el frontal, rompe las membranas desde que reconoce la posición, lo que tiene el grave inconveniente de retardar el parto y compromete la vida del feto.

Plaifair y West, que atribuyen la falta de rotación á la insuficiencia de la flexión, empujan el hueso frontal de abajo hacia arriba.

El Profesor Tarnier, después de haber empleado estos diversos procedimientos y de haber fracasado con todos ellos, porque según él, la cabeza lisa y redonda no puede suministrar un sólido punto de apoyo, ideó un procedimiento que consiste en introducir el dedo índice y buscar una de las orejas del feto, la izquierda si se trata de una tercera, en colocarlo en el surco, que el pabellón forma con el temporal, y en ejecutar la rotación durante una contracción, de manera que se lleve la oreja, primero, hacia adelante y á la derecha, si se trata de una tercera, después directamente hacia adelante, y por último, hacia la izquierda.

Tratándose de simples maniobras internas, debemos hacer la misma observación que indicamos al hablar de las maniobras externas; combinando unas y otras, se ejecuta la operación con más facilidad y la madre sufre menos.

Ya se deja entrever, pues, que de las maniobras sin instrumento preferimos las mixtas, es decir, la combinación de las internas con las externas.

Los procedimientos que se han aconsejado para ejecutar la rotación de esta manera, son también numerosísimos; pero se puede decir que no difieren más que en detalles de ejecución, puesto que todos se fundan en el mismo pensamiento.

Johan Parry aconseja introducir toda la mano durante un intervalo, abrazar la cabeza con ella, exagerar la flexión y desencajarla, mientras que el fondo del útero es sostenido por la mano exterior. Una vez la cabeza en el estrecho superior, se hace girar, y la mano exterior ayuda el movimiento impreso á la cabeza, ejecutando la rotación del tronco.

El Dr. Carvajal ha obtenido muchos éxitos por medio de una maniobra que calurosamente recomienda: consiste en introducir uno ó dos dedos en el recto y ejecutar el movimiento indicado, mientras que la partera ó un ayudante inteligente ejecuta la rotación del tronco.

Este procedimiento tiene la ventaja de no necesitar la dilatación del cuello para poderse practicar, y teóricamente es bueno; mas si es cierto lo asentado por Tarnier, que la cabeza no presta un sólido punto de apoyo, debe ser difícil su ejecución.

Como quiera que sea, creo que debe intentarse, puesto que no entraña peligro alguno y evita más complicadas operaciones.

En cuanto á la maniobra de Parry, sólo diré que me parece difícil poder desencajar una cabeza y que en todo caso necesita prudencia, pues si el útero está

bastante retraído sobre el feto, podría producirse una ruptura cuya gravedad á nadie se escapa.

Por lo demás, cada autor acompaña su procedimiento con una lista de éxitos, y cada uno refiere tambien algunos casos en los que todos los procedimientos manuales han fracasado.

Lo cual indica que no siempre se puede alcanzar el triunfo con las manos solas. Entonces viene la indicación de los instrumentos. Hánse empleado la palanca y el forceps. Cada uno de estos procedimientos tiene sus partidarios y sus adversarios. Véamos qué auxilios puede suministrarnos una y otro.

Todos sabemos que la palanca en su origen, rivalizó con el forceps, y también que ha sido rechazada por muchisimos autores como inútil y más que todo como peligrosa. Mas las cosas deben juzgarse sin pasión, y en este caso, la palanca no es ni un instrumento inútil, ni merece tampoco la predilección que se le da sobre cualquier otro instrumento.

No es un instrumento inútil, puesto que al menos en las posiciones occípito-posteriores, nos puede ser de grandísima utilidad, como después veremos.

¡Qué es un instrumento peligroso cuando se maneja de una manera inconveniente! Indudablemente que sí, pero mal manejados, todos los instrumentos obstétricos son peligrosos, como es peligroso también que una mujer que pare, se ponga en manos del que no haya estudiado partos, ó que la morfina, la estricnina ó cualquier otro medicamento peligroso, sea formulado por uno que no conozca ni su indicación ni su dosificación. Mas no por eso quitaremos de la mano del médico instruido tan preciosos medicamen-

tos, ni del hábil partero un instrumento con que puede socorrer á la humanidad.

No es nuestra intención hacer un estudio completo de la palanca, ni tampoco notar las ventajas ó desventajas que este instrumento tenga sobre el forceps en su aplicación á las posiciones occípito-posteriores. Diré solamente que en Inglaterra y en Bélgica, autores de alto renombre la prefieren al forceps, y que á su vez, en Francia sobre todo, no hay quien use este instrumento, que en el caso que estudio es reemplazado por el forceps.

Hubert hace de ella un estudio completo, y dice que convierte en anteriores las posiciones occípito-posteriores de una manera mucho más fácil y más simple. Da las indicaciones siguientes para emplearla: 1.º introducirla atrás ó á los lados de la cabeza y por el movimiento espiral de Mme. Lachapelle, llevarla al punto indicado del cráneo; 2.º sólo se obrará con el instrumento durante las contracciones, á no ser que las circunstancias exijan obrar con más rapidez. 3.º aplicar la lámina del instrumento en una línea que vaya del apófisis mastoide á la barba, y dejar la cabeza en posición trasversa si se obra en el estrecho superior ó acabar la rotación si la palanca obra en la escavación ó en el estrecho inferior.

Jacquemier cree qua la rotación en caso de posición occipito posterior, es más fácilmente obtenida con el forceps.

Tarnier es partidario de la palanca.

Creemos que hábilmente manejado este instrumento, puede prestar reales servicios; pero que en el caso en que no se tenga la suficiente práctica en su aplicación,

es preferible emplear el forceps que nos es más familiar y del cual podemos servirnos además como palanca, como lo vamos á ver en la siguiente:

Maniobra de Loviot.—Supongamos que se trate de una occípito-iliaca-derecha--posterior (3 ª de vértice): introduscanse los dedos de la mano izquierda con excepción del pulgar, teniendo esta mano en supinación y cójase la cabeza de tal manera que el parietal posterior repose sobre la palma de la mano; empújese el occipital hácia la derecha, recorriendo transversalmente la concavidad del sacro con el dorso de la mano de tal manera, que éste, que primitivamente estaba en la simfisis sacro-iliaca-izquierda, corresponda ahora á la símfisis-sacro-iliaca-derecha; el occipital quedará ahora directamente á la derecha. Sirviendo de guia la mano izquierda, introdúzcase la rama derecha del forceps y sobre ésta introdúzcase la rama izquierda. En ésta posición, los bordes concavos de las cucharas mirarán adelante y hácia la derecha y la aplicación será regular con relación á la cabeza.

Introduciendo primero la rama posterior, no solo se facilita la introducción de la anterior, sino que en cierta manera obra como palanca, impidiendo al occipital que vuelva á su lugar primitivo si sobre todo se abate bastante el mango.

El movimiento giratorio que se imprimirá á los mangos, queda asi bastante reducido y los demas movimientos se ejecutarán como si se tratase de una occípito anterior.

Antes de pasar adelante en el estudio de los diversos métodos que han sido recomendados para la apli-

cación del forceps en las posiciones occípito-posteriores, digamos que el Sr. Gutierrez recomienda la aplicación del forceps recto para ejecutar la rotación cuando la cabeza se encuentra en la escavación. En este caso, no tiene ningún inconveniente su empleo, puesto que no hay que preocuparse de la curva del canal que el forceps no tiene que recorrer, y es indudable que la maniobra se ejecutará con facilidad, sobre todo si es ayudada por maniobras externas.

Efectivamente: cuando la cabeza está baja, el forceps recto puede colocarse en cualquier lugar de la escavación sin que la madre ni el hijo sufran la más leve lesión: allí se puede hacer girar el instrumento en todos sentidos sin inconveniente, y con estas ventajas es innegable que nos puede servir admirablemente para ejecutar la rotación en las posiciones que estudiamos.

Si el profesor Gutierrez hubiera tenido á la mano este instrumento, habría beneficiado á una mujer operada por él en compañía del profesor Zárraga. Se trataba de una joven primípara que estaba en trabajo desde la tarde del 5 de Marzo del presente año; la posición era occípito-iliaca-izquierda-posterior y á las 3 a.m. del siguiente dia, la dilatación del orificio cervical era completa.

Hizo el Sr. Gutierrez una aplicación directa de forceps y después de trabajar largo tiempo, no obtuvo níngún resultado; el Sr. Zárraga repitió la misma operación obteniendo el mismo éxito después de mucho trabajo. Hízose entonces una aplicación de palanca, la cual fue repetida y con ella se logró rodar la

cabeza, pero tan luego como el instrumento se quitaba volvía ésta tenazmente á su primitiva posición. Se hace entonces la aplicación del forceps por el procedimiento de Loviot; se toma la cabeza por uno de sus diámetros oblicuos (del lado izquierdo del occipital, al derecho del frontal;) la cabeza gira hacia adelante sin lograr colocarse en el diámetro transverso, pero se logra la rotación colocando el occipital en la eminencia ileo péctinea izquierda quedando el forceps entonces con su concavidad hacia el lado derecho de la madre; se desarticula la pinza, se hace con ella una segunda aplicación cogiendo esta vez el diámetro bi-parietal y el niño nace en posición dorso anterior. Esta aplicación dice el Dr. Zárraga, necesitó menos tiempo que el que se emplea en las tentativas de tracción en posición directa, logrando con ella tambien que el perineo no se rompiera.

Ahora bien: si estos señores hubieran tenido el forceps recto ¿no habrian evitado cinco operaciones sucesivas y con ellas los largos y crueles sufrimientos de la madre? Evidentemente que sí, puesto *que estando la cabeza tan baja*, la pinza podía hacerse girar en todos sentidos sin peligro alguno. Y tan cierto es esto, que el Profesor Zárraga, que es más partidario de la maniobra de Loviot, exclamaba: *el forceps recto nos hubiera servido maravillosamente.*

Además de las objeciones hechas á la aplicación del forceps en las posiciones occípito-posteriores, cuando con este instrumento se quiere convertirlas en anteriores, los adversarios de esta operación han dicho que haciendo una aplicación regular, de tal ma-

nera que el borde cóncavo mire hácia la frente, al hacer girar la cabeza, este borde mirará hácia atrás y el forceps invertido causará graves perjuicios al canal.

Ciertamente que por ahora tienen razón, pero estos inconvenientes se evitan ejecutando la maniobra de Loviot, haciendo uso de la palanca ó del forceps recto, ó bien procurando una rotación incompleta ó haciendo una doble aplicación del forceps.

En la rotación incompleta, puede hacerse una de dos cosas: ó se quita el forceps antes de que el occipital haya llegado debajo de la símfisis, dejando á la naturaleza la terminación del trabajo, ó bien se desprende el occipital debajo de la rama descendente del pubis.

La doble aplicación se ejecuta de la siguiente manera: se hace primero una aplicación regular del forceps, y se lleva el occipital á la extremidad del diámetro transverso, se desarticula el instrumento y se hace una nueva aplicación de manera que el borde cóncavo de las cucharas mire hácia el occipital, y por último, se acaba la rotación.

Mas, si es peligroso ejecutar la rotación completa con una sola aplicación de forceps, tiene el inconveniente cuando se hace una rotación incompleta, de encomendar la terminación de ella y del parto á la naturaleza sola, lo que no siempre puede ejecutar, y casos hay en que se necesita terminar lo más rápidamente posible.

La doble aplicación, tiene el inconveniente de necesitar tracciones fuera del eje pélvico, lo cual no se verifica siempre sin peligro.

Quedan, pues, la palanca, el forceps recto ó la ma-

niobra de Loviot, como preferibles en los casos de intervención instrumental en las occipito-posteriores.

Para terminar, quiero, aunque sea en breves palabras referir la práctica que siguen los profesores Pajot y Tarnier.

Cuando el profesor Pajot se ve obligado á aplicar el forceps en una occípito-posterior, no ejecuta la rotación con este instrumento, sino que desprende el occipital directamente hacia atrás. Para ésto, con la mano izquierda colocada cerca de la vulva, sujeta el forceps; con la otra mano lleva los mangos del instrumento, primero hacia abajo y un poco hacia adelante, á medida que la cabeza desciende los lleva más y más hacia arriba; la mano colocada cerca de la vulva es la que abate las cucharas, y tan luego como el occipital está en la comisura posterior, baja los mangos para extender la cabeza.

Nada me queda ya que decir de este método, es la extracción directa del feto, y he procurado en las anteriores páginas demostrar su inconveniencia. Pero repito, hay casos en que ni palanca, ni forceps recto, ni maniobra de Loviot logran hacer la rotación. Para ellos nos queda como último recurso la maniobra de Pajot.

El profesor Tarnier hace la doble aplicación, procurando la primera vez que pone el instrumento bajar la cabeza por tracciones directas, y aumentar la flexión á la vez que lleva el occipital hacia uno de los lados. Con una nueva aplicación tal como la hemos indicado, acaba la rotación. Si no logra con esta maniobra, recurre á la de Pajot.

Sentemos, pues, la siguiente:

CONCLUSIÓN VII.—*La rotación de la cabeza en las posiciones occípito posteriores, puede verificarse por medio de las manos solas, ó bien por medio de la palanca y el forceps. Si el orificio no se ha dilatado aún, procúrese la rotación por medio de la maniobra del Dr. Carbajal; si está dilatado y la bolsa de las aguas se ha roto, hágase la rotación por medio de un dedo aplicado detrás de la oreja como lo aconseja Tarnier, y en caso de fracasar, empléese la palanca como lo indica Hubert, ó recúrrase á la maniobra de Loviot ó al forceps recto si la cabeza está en la escavación. Ejecútese, en fin, como último recurso la operación de Pajot.*

México, Junio de 1893.

ALFREDO V. VILLARREAL.